

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 48

OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE ESSENTIELLE ET TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MADemoiselle JANE ERNY

née le 25 Juin 1891, à Besançon (Doubs)



DOLE

PAUL AUDEBERT, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

43, RUE DES ARÈNES

—
1919

OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE ESSENTIELLE
ET TUBERCULOSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 48

OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE ESSENTIELLE ET TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MADemoiselle JANE ERNY

née le 25 Juin 1891, à Besançon (Doubs)



DOLE

PAUL AUDEBERT, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

43, RUE DES ARÈNES

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LÉPINE (J.)
Chimie biologique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales.	X..
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	X..
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	X..
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN
	COURMONT
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X..	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	T. VERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé des
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	fonctions
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, *Président*; CONDAMIN, *Assesseur*;

MM. NOGIER et LÉON THEVENOT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse
A MON PÈRE ET A MA MÈRE
A MES FRÈRES ET SŒURS

A mon Maître et Ami,
Monsieur le Docteur C. FERRY
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Général de Dijon

*Qui m'a inspiré l'idée de cette thèse, m'a
guidée dans sa réalisation en me sacrifiant
son temps, me prodiguant ses conseils et
m'aidant de son travail. Qu'il soit assuré
de ma très profonde et affectueuse recon-
naissance.*

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur A. POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien-Major de la Charité

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Avec l'hom-
mage de ma reconnaissance.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL GÉNÉRAL
• DE DIJON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

INTRODUCTION

En juillet 1918, en assistant M. le Docteur Ferry dans une de ses opérations à la clinique Gagnereaux à Dijon, nous avons eu l'occasion de constater d'une façon précise la coexistence d'une ovarite scléro-kystique avec des lésions tuberculeuses indubitables. Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans qui depuis sa puberté n'avait pas cessé de présenter des troubles menstruels et des douleurs pelviennes. Elle était venue consulter pour des troubles entéritiques en relation avec une appendicite chronique ancienne. Une laparotomie médiane fut pratiquée en vue de l'exploration de l'appareil génital après l'ablation de l'appendice. Les deux ovaires étaient scléro-kystiques et en même temps on pouvait constater sur les trompes et sur le péritoine pelvien des granulations tuberculeuses miliaries éparses.

Le Docteur Ferry nous expliqua qu'il avait souvent constaté la coexistence de ces deux groupes de lésions au cours d'interventions chirurgicales du même genre et à cette occasion nous développa les considérations cliniques qui lui faisaient penser qu'il y avait entre la tuberculose et certaines ovarites scléro-kystiques une relation de cause à effet. La question nous a parue intéressante. C'est pourquoi sur son conseil et sous sa direction, nous avons entrepris les recherches bibliographiques et cliniques qui ont été le point de départ de ce travail.

L'origine tuberculeuse des productions kystiques des ovaires a déjà, et depuis plusieurs années, été brillamment soutenue par des Maîtres de l'Ecole de Lyon : Les travaux particulièrement intéressants de MM. Poncet et Leriche, de MM. Pollosson et Violet et de leur élève M^{lle} Pewsner ont nettement résolu la question dans le sens de l'affirmative. Aussi, n'avons-nous pas d'autre prétention que celle d'apporter une modeste contribution à l'étude clinique de la question.

Les travaux de ces auteurs se rapportent à toutes les formations kystiques des ovaires, aussi bien les formes à gros kystes que les ovarites microkystiques. Compris ainsi le sujet est extrêmement vaste, aussi avons-nous préféré limiter notre travail et nous occuper uniquement des ovarites à petits kystes.

L'ovarite microkystique a-t-elle une existence propre ? Beaucoup d'auteurs sont tentés de le nier. En effet l'ovarite scléro-kystique est extrêmement fréquente : on la trouve chez des fillettes et chez des femmes de tout âge, et dans toutes circonstances. On la trouve associée à beaucoup d'affections abdominales : métrites, déplacements utérins, tumeurs (fibrôme, cancer), salpyngites, appendicites aiguës ou chroniques, péritonites. Cela ne prouve d'ailleurs que sa fréquence et ne lui enlève pas son existence propre et indépendante. Tous les chirurgiens ont trouvé accessoirement des appendicites chroniques au cours de laparatomies faites pour d'autres affections : l'appendicite chronique n'en existe pas moins pour tout le monde comme une affection bien classée. Mais en dehors de ces ovarites microkystiques associées et accessoires, au moins en apparence, il existe indubita-

blement des formes ayant une histoire clinique bien caractérisée. En voici le schéma : une jeune fille est bien portante jusqu'à la puberté. A partir de ce moment sa santé devient délicate. Les fonctions menstruelles s'établissent mal : les règles irrégulières sont très souvent abondantes, des douleurs pelviennes prémenstruelles et intermenstruelles apparaissent très pénibles. En même temps l'état général devient mauvais : la malade maigrit, devient et reste anémique pendant plusieurs années. Souvent le mariage améliore beaucoup la situation et la première grossesse rend à la malade sa santé perdue, l'embonpoint et la bonne mine reviennent.

Mais souvent aussi la grossesse ne vient pas, et cette malade continue à souffrir de son bas-ventre et à conserver un état général précaire. Elle devra se déclarer satisfaite si on ne la classe définitivement dans les nerveuses pour lesquelles la médecine est impuissante ! Quand pour une autre affection, une appendicite, par exemple, on a l'occasion d'opérer ces malades, si on prend la précaution d'explorer leurs annexes on rencontre une ovarite scléro-kystique. Il semble donc bien qu'il s'agisse d'une entité morbide ; qu'on l'appelle ovarite primitive essentielle ou ovarite dystrophique, peu importe : elle a une existence propre. Cette dénomination de dystrophique ou de primitive a l'inconvénient de préjuger de sa nature. On pourrait l'appeler ovarite de la puberté, puisque cliniquement elle débute à cette période de la vie. Mais alors il faudrait ne pas oublier qu'elle persiste très longtemps, quelquefois pendant toute la vie génitale de la malade et qu'on peut en trouver le reliquat chez une personne de 40 ans. Appelons la donc

ovarite scléro-kystique ou ovarite microkystique simplement.

Toutes les observations que nous avons recueillies se rapportent à des cas de ce genre : ovarite scléro-kystique ayant débuté cliniquement à la puberté et en apparence primitives. Le problème de leur étiologie se trouve donc simplifié.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Si l'histoire clinique des ovarites scléro-kystiques a été et reste encore assez confuse, leur étiologie et leur pathogénie ont fait l'objet de travaux si nombreux et si variables dans leurs conclusions que le lecteur a d'abord beaucoup de peine à y voir clair.

L'étude des ovarites, en général, remonte aux premières ovariectomies, mais la plupart des auteurs, au début, ne séparent pas nettement l'étude de l'ovarite scléro-kystique des autres affections ovariennes.

Parmi les plus anciens ayant étudié la question Lawson Tait, Hégar, ont reconnu deux types distincts suivant la prédominance des lésions scléreuses ou kystiques : ovarite scléreuse, ovarite kystique.

En 1878, De Sinéty et Malassez, dans leurs études sur l'ovarite, mentionnaient séparément les ovaires à petits kystes. Quénu, dans sa thèse, en 1881, sur l'anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire, est un des premiers à dégager nettement le type des ovaires scléreux à petits kystes. Dalché, en 1881, dans sa thèse étudie également longuement la question. Puis Petit, J. Lucas Championnière, et enfin plus récemment A. Siredey, Roux de Brignoles, Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, Le Dentu et Pichevin, Forgue et Massabuau, Dupont, dans leurs travaux, reconnaissent nettement l'individualité de l'ovarite scléro-kystique.

Mais au sujet des conditions étiologiques et pathogéniques de cette affection, les opinions sont bien divergentes. On peut classer, en général, ces différentes théories en 2 grandes catégories :

1) pour les uns, l'ovarite scléro-kystique provient d'une congestion active ou passive ;

2) pour les autres, d'un processus infectieux.

Parmi les premiers : Lawson Tait, Petit, Conzette, Siredey, Roux de Brignoles... Roux de Brignoles, cependant émet l'hypothèse, se basant sur les travaux de Poncet, que certaines ovarites scléro-kystiques seraient d'origine tuberculeuses.

Dalché, invoque la chlorose et les troubles de développement causés par des tares héréditaires : syphilis, alcool, tuberculose des parents.

A. Siredey invoque les influences dystrophiques d'origine diathésique parmi lesquelles au premier rang : le neuro-arthritisme. « Il serait préférable d'avouer que nous ne connaissons pas les origines réelles de cette affection et que nous sommes réduits à de simples conjectures à ce propos. »

Il faut arriver aux travaux récents de MM. Poncet et Leriche, de MM. Pollosson et Violet pour entrevoir une explication vraiment satisfaisante des productions kystiques de l'ovaire en général et de l'ovaire scléro-kystique en particulier : la tuberculose est l'agent principal de ces affections qui rentrent dans le cadre des tuberculoses inflammatoires.

Les causes les plus diverses ont été considérées comme pouvant donner naissance aux ovarites scléro-kystiques. Aussi pour les étudier, il faut avant tout les classer.

Forgue et Massabuau les rangent en trois groupes fondamentaux :

1° les ovaires à petits kystes accompagnant les néoplasmes pelviens et surtout les tumeurs utérines.

2° les ovaires à petits kystes symptomatiques de processus infectieux.

3° les ovaires à petits kystes en apparence essentiels, c'est-à-dire dont la condition étiologique déterminante est obscure et n'apparaît point au premier abord.

Parmi les affections du premier groupe on a signalé les tumeurs de l'ovaire ou du parovaire du côté opposé, les tumeurs utérines développées au dépens de tissus fœtaux (mole hydatiforme, chorio-épithéliome), les sarcomes et les épithéliomes utérins, enfin les fibromes utérins.

Parmi les processus infectieux considérés par les auteurs comme susceptibles de causer les ovaires à petits kystes, on a signalé :

D'abord les infections utérines. Niée par Conzette, cette cause est considérée comme la plus fréquente par Fraikin et par Bouilly. Souvent, il ne s'agirait que d'une métrite cervicale — pour les uns, l'infection se fait par la voie uniquement ascendante, pour les autres par la voie lymphatique.

Les infections intestinales et plus particulièrement l'appendicite pourraient entraîner la production d'ovarites à petits kystes (Pozzi, Bouilly, Courtin). Il en est de même des infections péritonéales primitives ou secondaires.

Mais les ovarites kystiques peuvent aussi reconnaître pour causes, les infections générales et depuis longtemps

ont été signalées comme facteur possible : la syphilis et la tuberculose, mais sans autre précision, jusqu'aux travaux de Poncet et Leriche.

Plus intéressant pour nous est le 3^e groupe, celui des ovarites scléro-kystiques dites essentielles. Les auteurs admettent généralement que la cause primordiale en est la congestion active. Aussi toutes les causes de congestion utéro-ovarienne ont-elles été successivement incriminées : fatigues résultant de la marche, de la station debout, de la pratique exagérée des sports, de la bicyclette, de l'usage de la machine à coudre, excitations génitales, excès vénériens, perversion sexuelle, et même les rêveries prolongées des jeunes filles ! excès alimentaires, usage journalier de bains trop chauds ou trop froids, etc.

L'arthritisme agirait de la même façon (Richelot, Doléris, Siredey) et il est certain que ces malades présentent souvent, en les alternant, les manifestations de cette diathèse : névralgies, migraines, dermatoses, dyspepsie, lithiase, varices, et que ce sont des nerveuses. Ce sont aussi des ptosiques atteintes de rétrodéviations pouvant bien jouer un rôle dans la congestion ovarienne.

Mais toutes ces causes de congestion ovarienne nous les retrouvons chez un très grand nombre de femmes ayant des ovaires normaux. Elles ne suffisent donc pas à produire à elles seules l'ovarite scléro-kystique. Elles constituent sans contredit une prédisposition importante, mais il faut qu'autre chose intervienne. Les ovarites de cette catégorie nous paraissent essentielles, primitives, uniquement parce que leur cause vraie nous échappe.

Nous concevons parfaitement que les infections de l'utérus ou des autres viscères quand elles sont nette-

ment constituées se propagent à l'ovaire et y déterminent une inflammation. Peu nous importe que ce soit par voie muqueuse, lymphatique ou sanguine. L'ovaire touché par l'infection réagit à sa manière en produisant des kystes qui ne sont que la transformation pathologique des follicules ou des corps jaunes, et en sclérosant son stroma.

Nous concevons également que les différentes dégénérescences néoplasiques de l'utérus puissent entraîner des modifications importantes de la structure ovarienne. Et déjà dans ces cas l'explication est moins satisfaisante et on peut se demander s'il n'y a pas là une simple coïncidence : une tumeur survenant chez une malade atteinte antérieurement d'ovarite scléro-kystique parce que son appareil génital a déjà subi une infection banale.

Mais pour ce qui est du groupe des ovarites scléro-kystiques dites essentielles nous avouons n'être pas satisfaits par les explications étiologiques indiquées plus haut, quelle que soit l'intensité de la congestion que ces facteurs puissent entraîner.

Il nous paraît plus logique d'admettre qu'il s'agit d'infections ignorées, peut-être parce qu'elles sont très atténuées. En tout cas, au point de vue de l'étude des causes, les cas d'ovarites essentielles sont plus intéressants. C'est pourquoi nous avons limité nos recherches aux cas de ce genre.

Le Docteur Ferry nous a communiqué une quarantaine d'observations d'ovarites scléro-kystiques constatées à l'opération. Nous avons éliminé toutes celles où une infection utérine manifeste pouvait être l'origine des lésions ovariennes : il nous est resté 24 observations où

aucun facteur étiologique n'apparaît au premier abord. D'autre part toutes ces malades ont des symptômes d'ovarite depuis leur puberté, la plupart (14) sont vierges ; dix sont mariées et sans enfant. Aucune n'a d'infection utérine appréciable. D'ailleurs, chez presque toutes ces malades, l'ovarite était cliniquement assez atténuée pour n'avoir pas spécialement attiré leur attention, et sur 24, 19 ont été envoyées au chirurgien pour appendicite ; seul un examen clinique approfondi a fait soupçonner la lésion ovarienne. On peut donc bien dire qu'il s'agit d'ovarites essentielles, primitives et de plus très atténuées. Or, sur 24 malades, 22 présentent des manifestations tuberculeuses ; à savoir : 9 présentent des antécédents tuberculeux (pleurésie ou lésion pulmonaire) et portaient des lésions tuberculeuses macroscopiques constatées par laparatomie, — 5 présentaient des lésions anatomiques sans antécédents cliniques et 8 ont eu seulement des antécédents tuberculeux — 2 seulement ne présentent ni l'une ni l'autre, et encore faut-il dire que chez l'une d'elles (obs. 24) sont notées antérieurement une bronchite (?) du sommet gauche et postérieurement des laryngites trop imprécises toutefois, pour qu'il en soit fait état.

On peut donc dire que la presque totalité de ces ovarites, en apparence primitives, sont survenues chez des tuberculeuses. De là pour admettre l'origine tuberculeuse de ces ovarites, il n'y a qu'un pas à franchir, et nous le franchissons d'autant plus aisément que, même en les étudiant attentivement, aucun autre facteur étiologique ne se retrouve avec autant de constance dans toutes nos observations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique nous avons pu faire un certain nombre de remarques macroscopiques. Malheureusement nous n'avons ni la compétence ni les moyens matériels nécessaires pour une étude histologique sérieuse. Mais la question a été si bien étudiée par MM. Forgeue et Massabuau que nous ne pourrions rien y ajouter de vraiment important. Nous emprunterons donc à ces auteurs la description histologique des ovarites à petits kystes.

Forgeue et Massabuau distinguent trois types fondamentaux d'ovaires à petits kystes :

- 1° Les ovaires kystiques œdemateux inflammatoires ;
- 2° Les gros ovaires polykystiques ;
- 3° Les ovaires scléro-kystiques.

C'est le troisième type qui nous intéresse pour notre travail.

C'est un ovaire hypertrophié, « tantôt l'augmentation de volume porte également sur tous les diamètres de l'organe qui est uniformément gros, tantôt un seul diamètre subit l'allongement principal, le plus souvent c'est le diamètre transversal qui s'allonge ; ainsi se trouve constitué ce type fréquent d'ovaire très allongé transversalement, aplati plus ou moins selon ses faces ».

« La surface de ces ovaires, libre ou non d'adhérences, présente deux aspects bien caractéristiques ; en certains

points elle est sillonnée de dépressions en forme de fentes irrégulières, parfois très profondes et séparées les unes des autres par des bandes surélevées d'un tissu ovarien blanchâtre, d'aspect cicatriciel. Cette disposition rappelle l'aspect de petites circonvolutions cérébrales et justifie le nom de cérébriformes qu'on a donné aux ovaires scléreux qui présentent cette altération. »

« Vues à la loupe, ces bandes de tissu blanchâtre ne sont pas lisses, mais présentent quelques sillons secondaires, très superficiels, disposés en tous sens, délimitant de véritables circonvolutions secondaires. En quelques points, cet aspect de la surface ovarienne se modifie ; elle est soulevée par des vésicules à parois minces, celles-ci plus ou moins nombreuses sont ordinairement de petit volume et peu saillantes, une d'entre elles peut acquérir le volume d'une noix, d'un œuf, quelquefois davantage. »

« A la coupe, le tissu de l'ovaire scléro-kystique est dur, toujours réduit par la présence des petites cavités kystiques. Parmi celles-ci, il en est qui présentent les caractères macroscopiques qu'on assigne aux kystes du corps jaune : parois épaisses, revêtues d'une membrane jaune-brunâtre dont le contour est festonné : festons et coloration sont pour Fraenkel le meilleur signe de cette variété de kystes ; leur contenu est formé par un liquide tantôt séreux, tantôt jaunâtre ou brunâtre, de consistance épaisse, sirupeuse, parfois nettement mélangé à du sang. »

« D'autres kystes présentent les caractères assignés par les classiques aux kystes folliculaires vrais ; ils ont une paroi mince, lisse et brillante qui se différencie mal à sa périphérie du tissu ovarien ; leur contenu est plus

souvent formé par un liquide séreux qui se coagule par la chaleur et les acides ; c'est un liquide habituellement aseptique ; on y a cependant quelquefois rencontré des microbes, notamment du staphylocoque (Fraikin).

« On voit à côté des grands kystes folliculaires des éléments qui se présentent sous la forme de petites cavités de forme très irrégulières, aplaties, arrondies, triangulaires, etc., et dont le volume est toujours très réduit, quelquefois à peine appréciable à l'œil nu ; leur paroi est constituée par deux zones distinctes. Une zone externe qui limite la petite formation d'avec le stroma ovarien et se confond avec lui, une zone interne, plus large, moins dense, et dont le bord qui limite la cavité est irrégulièrement dentelé ; cette couche présente habituellement une coloration blanchâtre. »

« Ces formations représentent des *follicules atrésiques* en voie d'oblitération conjonctive. »

« Pour ce qui est du tissu intermédiaire aux kystes, c'est un tissu en transformation scléreuse plus ou moins avancée ; il n'est pas rare d'y rencontrer de petits nodules saillants formés de tissu fibreux plus condensé, véritables petits fibromes interstitiels. »

« Les lésions de cette forme d'ovaires à petits kystes peuvent être résumées en deux mots : sclérose du stroma et petits kystes folliculaires. Un de ces deux éléments peut dominer sur l'autre ; l'ovaire prend alors tantôt un aspect multiloculaire qui le rapproche de la maladie kystique, tantôt il se rapproche du type de l'ovaire scléreux, ovaire petit, très dur, et dont la surface de couleur blanchâtre, parcourue par des sillons profonds, prend un aspect cérébriforme caractéristique. »

Forgue et Massabuau insistent également sur une chose fréquente dans ces kystes : l'hémorragie, qui produit des kystes hématiques, et particulièrement sur les hémorragies liées à la dégénérescence microkystique des follicules.

Ces kystes hématiques peuvent se présenter avec deux aspects différents :

« 1° Les uns sont des kystes folliculaires, résultat d'apoplexies kystiques ; leurs parois présentent le même aspect que les parois des kystes séreux ; il n'est pas rare de constater que le kyste est entouré d'une couronne d'infiltration hémorragique qui communique ou non avec le contenu de la cavité centrale. Le contenu est formé dans les cas typiques par de la sérosité sanguinolente non coagulée, mais à la suite d'hémorragies répétées, il devient de plus en plus semblable à du sang pur ; c'est à ce stade qu'il peut être très difficile de distinguer un kyste résultant d'une apoplexie folliculaire d'avec un hématome primitif d'un follicule ».

« 2° D'autres représentent des hémorragies dans les corps jaunes. Celles-ci sont fréquentes, sans avoir toutefois l'importance que leur attribuait Pilliet. Il faut encore distinguer ici les hémorragies qui se produisent dans un corps jaune en voie d'évolution, hématomes du corps jaune, et celles qui se produisent dans un kyste lutéinique déjà constitué, kystes hémorragiques des corps jaunes. »

Au point de vue histologique, Forgue et Massabuau étudient les lésions de l'appareil folliculaire et les lésions du stroma.

« Quelques kystes se développent aux dépens de

follicules non rompus ; ils ont une paroi constituée par une membrane granuleuse amincie dont les cellules dégénèrent, et qui finit par disparaître dans les kystes anciens ; la paroi de ces derniers n'est plus constituée que par une mince membrane conjonctive plus dense qui se confond progressivement avec le stroma ovarien. Pour ce qui est de l'ovule, Paul Petit confirme l'opinion de Ritchie et de Webb : l'ovule existe encore dans les follicules qui ont le volume d'une cerise, il a disparu dans les kystes plus volumineux ».

• D'autres kystes proviennent des corps jaunes. Pilliet les décrit de la façon suivante : « Il existe un retard à la cicatrisation des corps jaunes, et on se trouve en présence d'un kyste qui diffère de ceux des follicules par sa configuration étoilée et par les cellules pigmentées de sa paroi. Souvent les végétations de la membrane interne se sont rejointes au centre du corps jaune : l'hydropisie se produit entre les mailles de ce tissu, et l'on observe des kystes parfois volumineux qui ont l'aspect d'un véritable tissu aréolaire ou muqueux. Les lésions du corps jaune sont constantes et exactement parallèles à celles des follicules »

Mais pourquoi ces follicules deviennent-ils kystiques ?

« 1^o Rokitanski, Rindfleisch, Pilliet, Fraikin pensent que la raison doit en être cherchée dans la sclérose du stroma et dans les adhérences périovariennes. Elles forment une résistance qui empêche la ponte folliculaire. Le follicule ne peut s'ouvrir ; alors ses éléments épithéliaux, ovule et membrane granuleuses, deviennent inutiles et dégénèrent, puis une exsudation séreuse peut se faire dans sa cavité ; il se transforme ainsi en un véri-

table kyste, dont la structure rappelle plus ou moins celle du follicule de de Graaf ;

« 2° Pour un plus grand nombre d'auteurs, le processus est plus complexe et ne peut être expliqué par ces seules considérations mécaniques. La dégénérescence microkystique est une maladie primitive du follicule qui l'atteint dès les premiers stades de son développement, en tous cas bien avant le moment de sa maturité. Cette maladie se caractérise anatomiquement par des phénomènes de dégénérescence de ses éléments nobles, l'ovule et les cellules nourricières de la granuleuse. »

« A mesure que le follicule s'accroît, la dégénérescence s'accentue, l'organe n'évolue pas vers le but auquel il est destiné : la rupture et la libération de l'ovule ; il ne s'ouvre pas et devient le siège d'une exsudation séreuse qui le transforme en un petit kyste. »

D'après les travaux de Kahlden, « la lésion essentielle n'est pas tant la dilatation kystique de quelques follicules que la dégénérescence et la destruction de nombreux follicules en voie de développement qui n'ont pas encore atteint le moment de la maturité. Le nombre de ces follicules qui dégénèrent et régressent à des stades divers du développement, est plus grand que le nombre de ceux qui deviennent franchement kystiques. »

« En somme, la conclusion des travaux de Kahlden, c'est que la dégénérescence microkystique des ovaires se caractérise par une exagération du nombre des atrésies folliculaires, la plupart des follicules atteints par le processus dégénératif régressent et s'oblitérent ; quelques-uns seulement, les plus volumineux, deviennent kystiques. »

Forgue et Massabuau ajoutent : « nous croyons pou-

voir définir histologiquement la dégénérescence microkystique comme une lésion des ovaires qui se caractérise par une augmentation du nombre des follicules en voie de croissance et par une évolution atrésique exagérée de ces follicules, qui conduit la plupart d'entre eux à la régression cicatricielle, d'autres à une évolution kystique plus ou moins marquée. »

Les lésions du stroma sont les suivantes : « Dans les ovaires inflammatoires récents, ce qui domine, c'est l'infiltration embryonnaire nodulaire, c'est l'œdème, c'est parfois la nécrose du tissu conjonctif. »

« Dans les ovaires inflammatoires anciens ou dans la plupart des ovaires à petits kystes purs, la sclérose du stroma est manifeste ; quand elle existe, elle est dissimulée à tout l'organe, mais prédomine dans la zone corticale qui apparaît constituée par un feutrage très dense de faisceaux conjonctifs pauvres en éléments cellulaires ; elle forme également des anneaux plus ou moins épais autour des follicules qui évoluent, soit dans le sens normal, soit dans le sens atrésique ; il est en tout cas hors de doute que c'est dans les ovaires scléreux qu'on rencontre le moins de kystes folliculaires lutéiniques ; de bonne heure, en effet, la couche lutéinique des follicules atrésiques, kystiques ou non, a été envahie par la prolifération conjonctive exagérée. »

Telle est l'anatomo-pathologie de l'ovaire sclérokystique pris isolément. Voyons maintenant ses rapports avec les organes du pelvis et de l'abdomen.

Dans les formes d'ovarite scléro-kystique essentielle Forgeue et Massabuau signalent l'intégrité des trompes : « Les trompes ne sont pas enflammées : c'est là un des

caractères importants de cette forme. Parfois elles présentent de la congestion ou une légère hypertrophie due à de l'infiltration scléreuse des parois. Dans un assez grand nombre de cas, on trouve mentionnés quelques petits kystes séreux dans l'aileron de la trompe. * Mais, par contre, les auteurs signalent des modifications utérines : déviation, surtout la rétrodéviation, le prolapsus, l'augmentation de volume de l'utérus, les varices du ligament large, la ptose rénale, l'appendicite chronique.

Malgré la richesse de documentation de MM. Forgeue et Massabuau, nous n'avons pu trouver dans leur long travail aucune explication étiologique satisfaisante basée sur les constatations anatomiques microscopiques ou histologiques.

Voyons maintenant les constatations que nous avons pu faire personnellement.

Nous avons trouvé quelques ovaires présentant des kystes assez volumineux (obs. 5 et 9 noix reine-claude), mais en général, il s'agissait d'ovaires à petits kystes, dans toutes les observations que nous reproduisons.

Les ovaires sont presque toujours nettement augmentés de volume et leur consistance généralement dure.

Les ovaires sont presque toujours libres, une fois (obs. 19) il est constaté une adhérence d'ailleurs légère.

La plupart des auteurs ont signalé l'unilatéralité avec prédominance à gauche. Nous avons constaté le plus souvent le contraire : bilatéralité (14 fois); et 8 fois la lésion était à droite, contre 2 seulement à gauche. Devons-nous expliquer cette discordance par ce fait que la plupart de nos malades avaient en même temps une

appendicite chronique les prédisposant à la localisation à droite ?

L'examen macroscopique de ces ovaires nous a montré qu'à la coupe, ils étaient tous durs à leur centre et que la plupart d'entre eux présentaient des kystes hématiques. Nous n'avons pas fait d'examen histologique : les ovaires examinés ne présentaient à l'œil nu que des lésions classiques. Cependant signalons l'observation n° 4 où sur l'ovaire gauche on remarquait un tubercule caséifié, en même temps d'ailleurs que des tubercules crétifés sur la trompe du même côté.

Le plus souvent l'utérus avait un volume normal, deux fois il était gros (obs. 3 et 23) ; deux fois, il était petit, infantile (obs. 14 et 20) ; deux fois, il contenait un fibrome (obs. 9 et 11) ; six fois (obs. 1, 4, 16, 17, 20, 23) il était en rétrodéviatiou ; une fois (obs. 10) présentait de l'atrésie du col.

Chez aucune de ces malades nous n'avons trouvé de salpyngite infectieuse.

Mais il est un certain nombre de faits sur lesquels nous devons insister. D'abord les petits kystes hématiques sont fréquents : Or nous voyons MM. Pollosson et Violet soutenir cette opinion que la majorité des kystes sanguins ovariens sont dus à la tuberculose.

Enfin, nous avons fait les constatations suivantes :

Comme nous l'avons signalé plus haut, un ovaire présentait un tubercule caséifié : sur 24 malades 14 portaient des lésions tuberculeuses macroscopiques. L'une d'elles (obs. 3) présentait une trompe gauche dilatée à son extrémité externe, dure et sclérosée à sa partie interne, et recouverte d'un semis de granulations tuber-

culeuses en grains de semoule, en même temps que des granulations éparses sur la trompe droite.

Les autres malades présentaient des lésions plus discrètes consistant en grains de semoule épars sur les trompes, principalement sur l'utérus ou sur le péritoine pelvien. Ajoutons que chez plusieurs ces lésions étaient si discrètes qu'il a fallu les chercher avec soin pour les apercevoir et on conçoit parfaitement qu'à un examen rapide comme celui que l'on pratique généralement dans une laparotomie, elles aient pu passer inaperçues.

Signalons encore de petites cicatrices blanches étoilées, dures, que l'on rencontre souvent sur le péritoine pelvien ; et aussi de petites brides péritonéales blanchâtres qu'un examen attentif fait reconnaître dans cette région, et qui sont plus fréquentes encore dans la région cœcale.

Signalons enfin la fréquence relative des adénites mésentériques, parfois étendues à tout l'abdomen (obs, 1, 2, 4, 7, 16, 18, 24) qui accompagnent souvent un intestin épaissi et un appendice coudé, tordu, et chroniquement enflammé.

Quand on a fait ces constatations ne vient-il pas naturellement à l'esprit que ces différentes lésions peuvent et doivent être logiquement rattachées à une cause commune : la tuberculose — et ne voit-on pas leur filiation ? La localisation dominante est péritonéale. Par où s'est fait l'infection ? par l'intestin, d'où entérite, peut-être même appendicite. Puis elle a atteint en même temps les ganglions et le péritoine. Mais cette infection est atténuée : le plus souvent, elle évolue vers la guérison spontanée et finalement laisse sur le péritoine ces cicatrices, ces brides blanchâtres et dures qui à un certain

moment en sont les seules traces. Mais en même temps les ovaires ont réagi : la tuberculose a déterminé sur eux une poussée de congestion intense et a produit l'hypermaturation des follicules, la formation en excès des follicules atrésiques et ainsi est constituée l'ovarite scléro-kystique qui continue à évoluer pour son propre compte alors même que l'infection tuberculeuse s'est atténuée ou même éteinte.

En résumé, l'infection tuberculeuse paraît être à l'origine de ces ovarites scléro-kystiques essentielles de la puberté. Mais comme cette infection est atténuée et guérit souvent, sans autre manifestation, on trouve suivant l'époque des constatations des lésions bacillaires typiques, des lésions cicatricielles très discrètes ou même aucune lésion apparente du moins à l'examen forcément très superficiel que l'on pratique au cours d'une opération. La tuberculose a fait son œuvre mais sa signature n'est apparente que pour ceux qui la recherchent avec la plus grande attention.

ÉTUDE CLINIQUE

SYMPTOMES

L'ovarite scléro-kystique primitive, essentielle, ovarite de la puberté, a-t-elle une histoire clinique lui appartenant en propre ? Beaucoup l'ont nié, mais la plupart des classiques l'admettent et dans le traité de Gynécologie de MM. Faure et Siredey nous en trouvons sous le titre d'ovarite scléreuse primitive une description clinique parfaite à laquelle nous ferons de larges emprunts.

Presque toutes nos observations se rapportent à cette forme de l'ovarite scléro-kystique. Nous allons voir par quels symptômes elle manifeste son existence clinique.

Elle débute le plus souvent à la puberté et le premier symptôme est la douleur. Quelquefois c'est dans les mois qui précèdent l'instauration des règles qu'apparaît la douleur : pesanteur abdominale, tiraillements lombaires survenant à intervalles réguliers, faisant espérer en vain pendant quelques mois l'arrivée des règles. Le flux menstruel enfin se produit mais sans apporter la détente espérée et chaque mois la douleur revient et souvent augmente.

D'autres fois les premières menstruations sont normales et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'apparaissent les douleurs, puis peu à peu les symptômes s'accroissent et enfin le syndrome est constitué.

Quel que soit son mode de début, l'ovarite sclérokystique se manifeste à la période d'état par des symptômes fonctionnels et des signes physiques caractéristiques.

Parmi les premiers, il faut étudier la douleur et les modifications des règles.

La douleur précède presque toujours les règles de plusieurs jours ; elle cesse quelquefois à l'apparition du sang, mais plus souvent ne disparaît que le troisième ou quatrième jour des règles en s'atténuant progressivement. Ce sont d'abord des pesanteurs pelviennes avec des tiraillements lombaires et des irradiations vers la partie inférieure des fosses iliaques. Puis les douleurs augmentent, deviennent parfois très violentes et se localisent aux régions ovariennes. Quelquefois se produisent de véritables phénomènes de péritonisme (ventre dur et très sensible, nausées, vomissements, mictions fréquentes, ténésme rectal). Ces douleurs ne se reproduisent pas à toutes les règles avec la même intensité et sont assez variables. Mais en général pendant quelques années, elles augmentent chaque mois, de durée et d'intensité, Puis à un certain moment elles s'atténuent et même chez certaines malades disparaissent.

En dehors de ces crises mensuelles, il persiste souvent dans les régions ovariennes des sensations pénibles qui sont exagérées par les efforts, les secousses (voiture), les défécations pénibles, le coït, etc...

Les modifications des règles sont variables. Au début ce sont des phénomènes d'insuffisance ovarienne : les règles arrivent en retard à intervalles trop espacés et plutôt insuffisantes. Puis bientôt elles deviennent plus

abondantes et quelquefois constituent des métrorragies interminables. Mais en général elles ne conservent pas chaque mois ce caractère. Elles sont très irrégulières à tous points de vue, insignifiantes certains mois avec de très longs retards ; à d'autres, elles deviennent brusquement d'une abondance inquiétante : la fonction ovarienne est déséquilibrée. Dans nos observations nous notons neuf fois des règles plus abondantes (Obs. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 23), trois fois des règles diminuées (3, 6, 19), cinq fois des règles irrégulières (1, 5, 18, 22, 24).

A une période plus avancée, probablement par suite de l'augmentation de la sclérose, les règles deviennent moins abondantes et l'aménorrhée s'installe, même quelquefois définitive.

Les signes physiques, en général, ne sont pas en rapport avec les phénomènes subjectifs ; ils se résument en ceci : douleur précise au palper dans la région ovarienne, perception par le toucher d'un ou deux ovaires augmentés de volume. Le toucher vaginal est le plus souvent impossible, mais le toucher rectal renseigne souvent mieux en permettant de saisir plus facilement les ovaires dans le Douglas. Ils sont plus gros que normalement, souvent bosselés, et même en les touchant à peine, le doigt détermine une douleur extrêmement vive et caractéristique, Mais on sent que ces ovaires sont mobiles et qu'il n'y a aucun empâtement.

En dehors de ces symptômes ovariens, l'examen peut montrer d'autres affections utéro-annexielles : nous ne citerons que pour mémoire les fibromes utérins, les cancers, les tumeurs ovariennes, mais nous devons insister sur des modifications utérines qui accompagnent souvent

l'ovarite scléro-kystique, ce sont la persistance de l'utérus infantile, l'atrésie du col et les flexions congénitales.

Ces affections ont des signes assez précis, pour que le toucher et l'examen au spéculum, si c'est nécessaire, les fassent reconnaître. Elles peuvent jouer un rôle important dans la genèse des troubles fonctionnels, mais doivent être différenciées avec soin des lésions ovariennes.

A côté de ces manifestations dans la sphère génitale, l'ovarite scléro-kystique s'accompagne de phénomènes généraux et de manifestations viscérales sur lesquels ils nous faut insister maintenant.

Et d'abord beaucoup de ces jeunes filles atteintes d'ovarite scléro-kystique présentent à une certaine époque des symptômes d'anémie plus ou moins marquée. Chez six de nos malades (Obs. 1, 2, 4, 6, 17, 18), le fait est patent, et pour tous les médecins c'est un fait d'observation courante : une jeune fille d'aspect florissant jusqu'à la puberté perd sa belle santé en même temps qu'apparaissent les symptômes dysménorrhéiques que nous avons signalés plus haut. On les traite pendant plusieurs années pour de l'anémie (?) puis avec les années les choses paraissent s'arranger.

D'autre part, toutes ces malades sont des nerveuses. Elles ne l'étaient pas toutes avant la puberté et l'apparition de leurs symptômes ovariens. Ces symptômes nerveux s'accroissent progressivement chez beaucoup d'entre elles au point souvent de les rendre malheureuses, d'autant plus que la plupart du temps, leur entourage rapportant tous les phénomènes douloureux à l'état névropathique, finit par ne plus les prendre au sérieux.

Mais plus importantes, à notre avis, sont un certain

nombre de manifestations organiques ou viscérales que nous avons pu noter dans nos observations et que les classiques nous semble avoir trop négligées.

Et d'abord beaucoup de nos malades, dix (Obs. 1, 2, 5, 6, 8, 18, 19, 20, 23, 24) ont de l'entérite chronique et presque toutes ont eu de l'appendicite, quelques-unes aiguë, chez la plupart chronique. — Chez six (1, 2, 4, 7, 17, 18), on pouvait sentir à l'examen une tuméfaction manifeste de la région cœcale. Chez ces malades à l'opération, on a pu constater que cette tuméfaction était produite non par des masses inflammatoires périappendiculaires, mais par des adénopathies dans le méso-appendice, et en même temps, chez plusieurs de ces malades, on a trouvé des adénopathies mésentériques manifestes.

Enfin, chez un grand nombre de nos malades, nous avons constaté dans leur histoire clinique des manifestations tuberculeuses dans divers organes. Chez certaines ces manifestations ont été antérieures aux opérations, chez d'autres les accidents sont survenus postérieurement. C'est ainsi que nous avons noté douze fois des bronchites suspectes (Obs. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 16, 18, 20, 21, 22, 24). — Neuf malades ont été atteintes de pleurésie (1, 3, 5, 15, 16, 17, 19, 20, 22). — Une (Obs. 24) a des laryngites fréquentes. — Une (Obs. 7) a eu de la péritonite tuberculeuse avec ascite. — Une (Obs. 9) a été opérée en même temps pour une hystérectomie et pour une mammite chronique ayant tous les caractères d'une mammite tuberculeuse. Signalons aussi la malade n° 24 qui, un an après sa laparotomie, fut opérée pour un adénome du sein.

Bref, nous constatons qu'un grand nombre de nos malades ont présenté des manifestations cliniques nettement tuberculeuses et ces constatations viennent confirmer ce que nous avait déjà montré l'anatomie pathologique. N'y a-t-il pas là quelque chose de troublant ? Disons tout de suite que les différentes manifestations tuberculeuses observées ont été, en général, assez bénignes, de même que les lésions tuberculeuses constatées dans les opérations étaient plutôt discrètes. Le fait est à noter.

La plupart des malades observées, sinon anatomiquement, au moins cliniquement, ne sont que des pré-tuberculeuses : dans un interrogatoire et un examen superficiels ces détails cliniques importants auraient pu n'être pas remarqués. En tous cas, à notre avis, la co-existence de ces manifestations nettement bacillaires et de l'ovarite scléro-kystique est trop fréquente pour que nous hésitions à rattacher cette forme d'ovarite à la tuberculose.

Ne devons-nous pas rapporter à la même cause ces entéro-colites et ces appendicites chroniques si fréquentes ? Rien ne nous autorise à l'affirmer. Cependant c'est une hypothèse que l'on peut formuler, un point d'interrogation qu'on peut poser, surtout en présence de ces adénopathies mésentériques qui présentent tout à fait l'aspect des adénites chroniques tuberculeuses.

Cette théorie de l'origine tuberculeuse de l'ovarite scléro-kystique aurait au moins l'avantage de rendre claire l'histoire clinique. La bacillose est fréquente dans l'adolescence. Suivant qu'elle se produit avant ou après la puberté, les symptômes dysménorrhéiques apparaissent avant ou après. Cette anémie tenace présentée souvent

par la jeune malade avant sa vingtième année, apparaît non pas comme une anémie vraie mais comme une anémie symptomatique prétuberculeuse. Pendant ce temps des manifestations tuberculeuses pulmonaires ou pleurales font leur apparition. Mais il s'agit d'une infection bénigne qui disparaît sans même avoir été connue le plus souvent. Seuls persistent les troubles fonctionnels ovariens avec toutes leurs conséquences douloureuses et leur retentissement sur l'état général et le système nerveux en particulier.

PRONOSTIC

MM. Faure et Siredey s'expriment ainsi sur le pronostic de l'ovarite scléro-kystique : « Elle a une marche essentiellement chronique. Elle ne met pas directement la vie en danger ; dans ses formes les plus légères, elle ne constitue qu'une gêne intermittente, mais souvent celle-ci devient fréquente, permanente même. Il n'est pas rare qu'elle se transforme en une véritable douleur parfois continue avec des recrudescences très accentuées. Dans ses formes plus sévères, les maladies qu'elle occasionne, les désordres qu'elles entretient dans les fonctions utérines, la répercussion qu'elle a sur le système nerveux en font une affection réellement grave. »

Mais si nous admettons l'origine tuberculeuse de l'ovarite scléro-kystique, nous ajouterons ceci : Toute malade atteinte d'ovarite scléro-kystique est en puissance de tuberculose, c'est pour le moins une prétuberculeuse. Pour son avenir, nous devons donc tenir compte de cette notion. Et en effet nous voyons dans notre obs. n° 7 une malade opérée en 1916 pour appendicite chronique et ovarite scléro-kystique, qui après une période relative-

ment bonne, d'ailleurs courte, présente en 1919 une péritonite bacillaire. Nous voyons encore la malade n° 24 qui, opérée en 1916 pour les mêmes lésions, présente en 1919 un état général très médiocre avec amaigrissement et s'enrhume facilement. Elle ne présente encore aucun signe précis de bacillose. En raison de l'étiologie que nous défendons on devra la considérer comme une tuberculeuse et la traiter comme telle.

Le pronostic est aussi à considérer au point de vue du mariage et de la conception. Les classiques admettent que le mariage et la grossesse améliorent l'ovarite scléro-kystique. Certains auteurs ont même soutenu que le célibat et la stérilité prédisposaient à l'ovarite scléro-kystique. Il est exact qu'un grand nombre (14) de nos observations se rapportent à des célibataires, mais cette opinion n'aurait de valeur que s'il s'agissait de vieilles filles : ce qui n'est pas.

Quant à l'influence heureuse du mariage, elle est notée par la plupart des auteurs. A quoi est-elle due ? Il est difficile d'y répondre, mais peut-être le mariage agit-il simplement en améliorant l'état général de la malade. Ne voit-on pas couramment des jeunes filles, qui s'étiolaient dans un célibat forcé, s'épanouir après un mariage heureux, dans une santé florissante ?

La stérilité existe incontestablement : sur 10 malades mariées, nous en trouvons 8 sans enfant. Mais la stérilité est-elle cause ou conséquence de l'ovarite scléro-kystique ? Nous croyons qu'elle est conséquence : la plupart des malades observées regrettent, en effet, de n'avoir pas d'enfant. C'est d'ailleurs l'opinion la plus généralement admise et cela devient un argument en faveur de l'origine

tuberculeuse de l'ovarite scléro-kystique. En effet, voici ce qu'en disent MM. Polloson et Violet : « Cette stérilité prendrait une allure clinique bien spéciale du fait de son association assez fréquente avec une exagération de l'instinct génésique. Ce sujet a été sans doute plus traité par les romanciers que par les physiologistes. En tous cas, cette association est bien connue dans certaines espèces animales, et vétérinaires et éleveurs n'hésitent pas à la rattacher à la tuberculose. » « Il est possible qu'en lésant les follicules, la tuberculose compromette la vitalité de l'ovule : d'où stérilité, et qu'en déterminant une hyperproduction de cellules lutéiniques, c'est à dire en agissant sur la glande interstitielle, elle donne une impulsion plus considérable à l'instinct génésique. »

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ovarite scléro-kystique est généralement facile : il suffit d'avoir l'attention attirée par les symptômes ovariens pour qu'un examen un peu minutieux fasse reconnaître la lésion ovarienne. Mais en raison de l'association fréquente d'autres affections viscérales, une erreur peut être commise et consiste surtout à n'attacher d'importance qu'à l'affection connexe.

L'erreur la plus fréquente consiste à rapporter tous les symptômes à une malformation utérine : atrésie du col, rétroflexion. Mais en dehors des signes physiques spéciaux, les caractères de la douleur permettent d'éviter cette erreur. Dans l'ovarite scléro-kystique, elle résulte de la congestion ovarienne, c'est une pesanteur pelvienne et lombaire qui se prolonge pendant les premiers jours des règles. Dans l'atrésie du col ou la rétroflexion, c'est

une douleur de rétention : violente, très aigue même dans les heures qui précèdent les règles, elle disparaît rapidement à l'arrivée du sang. Le diagnostic nettement établi évitera des interventions chirurgicales (dilatation, redressement, curetage) pour le moins insuffisantes, pour guérir l'ovarite et qui, chez la jeune fille, ont le grave inconvénient d'entraîner la défloration.

Parmi les douleurs abdominales confondues souvent avec celles de l'ovarite scléro-kystique, signalons les crises appendiculaires : l'appendicite chronique devient souvent plus douloureuse au moment des règles, l'erreur est donc facile, mais un examen attentif localisera la douleur avec précision. D'ailleurs cette erreur n'aurait aucune conséquence grave, mais alors la notion de l'ovarite commandera une exploration opératoire plus complète, et par conséquent une laparotomie médiane ; c'est ce qui a été fait dans beaucoup de nos observations.

La confusion de crises ovariennes avec des crises hépatiques ou néphrétiques entraînera une thérapeutique déraisonnable, mais heureusement sans conséquence grave.

Mais l'erreur de diagnostic devient particulièrement dangereuse quand elle entraîne des conséquences thérapeutiques sérieuses. Combien de malades sont soignées pour de l'entérocolite (la plupart de nos observations) dont l'existence n'est pas niable, mais qui n'est qu'un phénomène accessoire dans une histoire clinique complexe. La notion de l'ovarite scléro-kystique concomitante et surtout le son origine tuberculeuse orientera le traitement : au lieu de laisser ces malades au régime des purées et des pâtes, on leur donnera la nourriture substantielle et carnée qui leur est indispensable.

Mais l'erreur la plus néfaste, consiste à prendre ces malades pour des névropathes. Comme le mot rhumatisme, le mot névropathie nous sert trop souvent à voiler notre ignorance des causes réelles. Le groupe des rhumatismes, depuis longtemps, commence à se désagréger ; il doit en être de même pour la névropathie. Sans doute, les malades atteintes d'ovarite scléro-kystique sont des nerveuses, mais le plus souvent elles ne l'étaient pas dans leur jeune âge. Elles le sont devenues quand elles ont commencé à souffrir, et leur névropathie s'est accentuée au fur et à mesure que les douleurs augmentaient et que l'état général devenait plus mauvais. Si nous disons : tuberculose, ovarite scléro-kystique, dépression générale, névropathie, nous sommes dans le vrai, mais ce n'est pas en traitant nos malades simplement comme des nerveuses, en leur administrant de la valériane, du bromure et des douches, pour les classer, en fin de compte et sans appel, dans le groupe des clientes « indésirables » qu'on les guérira de leur infection tuberculeuse.

En résumé, le diagnostic différentiel est facile ; il suffit d'y penser. Le diagnostic étiologique est capital : il commande le traitement.

TRAITEMENT

Notre intention n'est pas d'étudier tout au long la thérapeutique de l'ovarite scléro-kystique. Mais les faits relatés dans nos observations et les considérations étiologiques qui en découlent nous ont inspiré des réflexions que nous jugeons utile de consigner.

Et d'abord l'ovarite scléro-kystique est-elle justiciable

de la chirurgie ? Quelle opération peut-on y faire ? Quels en sont les résultats et par suite les indications ?

L'ovarite scléro-kystique est une affection ordinairement bénigne : il ne peut donc être question d'y appliquer systématiquement un traitement opératoire nécessitant une laparotomie. Mais certains cas sont si pénibles et sans compromettre l'existence, compromettent si bien l'exercice d'une vie normale, qu'on est amené à proposer une opération surtout aux personnes que leur situation sociale oblige à travailler. Après avoir, autrefois, pratiqué en trop grand nombre des castrations inutiles, les chirurgiens aujourd'hui, ont pour règle de n'enlever les organes générateurs que lorsqu'il est impossible de faire autrement. Peut-être, cependant, a-t-on exagéré les conséquences physiologiques qui en résultent. Lorsque les malades ne sont pas trop jeunes, que les ovaires sont sérieusement atteints, que l'existence qu'elles mènent après la castration est très active, les troubles sont réduits à un minimum très supportable. C'est le cas des trois religieuses des observations 9, 18, 23.

Peut-être dans ces cas l'élément psychique et la vie calme, loin du monde, jouent-ils un rôle important. En tout cas, on doit réserver la castration aux cas très graves.

Les opérations conservatrices sont plus en honneur à juste titre. Ce sont des ignipunctures ou des résections partielles. Dans nos observations nous trouvons cinq ignipunctures (obs. 4, 6, 17, 21, 22) et 9 résections partielles (obs. 1, 2, 5, 7, 8, 10, 12, 15, 16), résections suivant l'axe de l'ovaire, en côte de melon, avec surjet au catgut fin. Les résultats paraissent satisfaisants égale-

ment avec chaque méthode. Signalons cependant que les ignipunctures déterminent dans les jours qui suivent une réaction douloureuse très vive (obs. 6 et 17) qui ne se produit pas après les résections. Dans la suite, les règles sont généralement moins abondantes, les douleurs moins fortes. Ces opérations rendent donc service, mais le résultat obtenu suffit-il à faire poser l'indication dans toutes les ovarites scléro-kystiques ? Certainement non. Faites seules, il faut les réserver aux ovarites scléro-kystiques très douloureuses et entraînant des phénomènes généraux graves.

Mais l'indication de la laparotomie provient surtout d'une autre affection. La plupart de nos observations se rapportent à des malades ayant de l'appendicite chronique. L'indication était formelle. Pourquoi, en pareil cas, ne pas vérifier l'état des ovaires ? Il suffit pour cela de faire une laparotomie médiane et rien n'empêche de faire une incision esthétique (Pfannenstiel) si on craint de laisser à une jeune fille une incision médiane gênante.

L'indication peut également provenir d'une rétrodéviation. Dans tous ces cas, les opérations sur les ovaires seront complémentaires et ainsi se trouve considérablement élargi le cadre des indications pour les chirurgiens qui sauront dépister l'ovarite scléro-kystique.

Par quel mécanisme agissent les résections ovariennes, il est difficile de le dire. Après une longue étude histologique, Jayme Poggi de Figuereido conclut que la résection est parfaitement indiquée, mais il n'explique pas le mécanisme de son action. Cependant ne trouvons-nous pas dans l'hypothèse de l'origine tuberculeuse l'explication des améliorations ? Beaucoup de ces malades ont de

la tuberculose péritonéale discrète. La laparotomie n'agit-elle pas tout simplement comme dans toute péritonite bacillaire ?

En résumé, on opérera les ovarites scléro-kystiques retentissant gravement sur l'état général ; on fera une castration quand les lésions le commanderont, quand l'âge et la situation sociale de la malade le permettront, et dans les autres cas, on se contentera d'une résection partielle.

On opérera les ovarites scléro-kystiques, même légères, quand une autre indication se posera à la laparotomie. L'opération sera complémentaire et conservatrice.

Dans les autres cas, on s'en tiendra au traitement médical. Nous n'insisterons pas sur le traitement symptomatique, visant à calmer les douleurs et régulariser le flux menstruel. Mais, en partant de la notion de l'étiologie tuberculeuse, nous dirons que le traitement doit surtout être un traitement général.

Chez la fillette de santé médiocre, on appliquera à titre préventif, au moment de la puberté, un traitement général approprié, et on lui évitera surtout les fatigues physiques et intellectuelles.

Quant à la malade atteinte d'ovarite scléro-kystique constituée, elle sera traitée comme une tuberculeuse. Donc, repos, grand air et suralimentation seront les bases du traitement et on se gardera de tomber dans l'erreur trop souvent commise qui consiste à conseiller à ces malades des exercices physiques et des sports, en un mot, à les surmener, quand, au contraire, elles n'ont besoin que d'une chaise longue. Elles suivront ce traitement aussi longtemps qu'il faudra, car on ne devra pas

oublier que la tuberculose est une maladie à longue échéance. Mais elles guériront et devront leur guérison à la connaissance étiologique exacte que leur médecin aura eu de leur maladie.

OBSERVATIONS

Nos observations sont toutes inédites et dues à l'extrême obligeance de M. le Docteur Ferry.

Nous les avons classées de la manière suivante :

1° Malades avec antécédents tuberculeux et lésions anatomo-pathologiques macroscopiques tuberculeuses :

OBS. I A IX

2° Malades sans antécédents tuberculeux, mais ayant présenté des lésions anatomo-pathologiques macroscopiques tuberculeuses :

OBS. X A XIV

3° Malades ayant présenté des antécédents tuberculeux, mais sans lésions anatomo-pathologiques :

OBS. XV A XXII

4° Malades sans antécédents tuberculeux nets et sans lésions anatomo-pathologiques tuberculeuses :

OBS. XXIII ET XXIV

(Les numéros placés au commencement de chaque observation sont ceux du registre d'opérations.)

OBSERVATION N° 1

2744 — M^{me} H., 30 ans, Evreux

A toujours eu une santé délicate. De *fréquentes bronchites*, et, à l'âge de 18 ans, une *pleurésie droite*. Mariée

depuis quatre ans, sans enfant. Réglée à 15 ans, très irrégulièrement. A eu à cette époque une *longue période d'anémie*. Depuis, règles assez abondantes et souvent très douloureuses.

Vient consulter en juin 1918 pour des troubles dyspeptiques et de l'entérite muco-membraneuse qui s'accompagnent de douleurs fréquentes dans la fosse iliaque droite. A l'examen, on constate une douleur très manifeste au point de Mac-Burney, avec empatement de la région. L'utérus est en légère rétroversion ; les deux ovaires, surtout le droit, sont manifestement augmentés de volume et douloureux. Ne présente aucun signe de métrite, n'a jamais eu de pertes blanches.

8 juillet 1918 : Opération. — Laparotomie médiane. On trouve un appendice en vrille, fixé par une bride péritonéale, avec de nombreux ganglions dans la fosse iliaque. — Résection de l'appendice, avec enfouissement au fil de lin. D'autre part, on constate que l'utérus est petit et en rétroversion et que les deux ovaires sont gros et durs, avec de nombreux petits kystes. Enfin, on constate sur les trompes de *nombreuses granulations tuberculeuses* et quelques-unes éparses sur le péritoine pelvien. — Résection partielle des deux ovaires, avec surjet au catgut n° 0.

Paroi : catgut sur le péritoine, bronzes sur les muscles et la peau, agrafes.

Suites opératoires normales. Ablation des agrafes le 15 juillet, des fils le 20. Lever le 28.

Revu la malade le 4 janvier 1919. Etat général très amélioré. Digestions presque normales, mais conserve une constipation assez marquée. Les règles sont encore douloureuses, mais moins abondantes.

Revue en mai 1919. Etat général moins bon. Frottements pleuraux au sommet gauche. Règles plus abondantes et plus fréquentes (tous les vingt-cinq jours).

OBSERVATION N° 2

2970. — M^{lle} S., 24 ans, Epernay

A. H. — Père : bronchite chronique ; mère : bien portante.

A. P. — Toujours malingre, s'enrhumant facilement. Réglée à 14 ans. Règles abondantes (5 à 6 jours) et douloureuses. A 18 ans, *bronchite suspecte* (chaud et froid), pour laquelle il fut parlé de sanatorium. Pendant dix-huit mois, *anémie profonde*, pas de règles ou règles insignifiantes.

Depuis quelques années, mauvaises digestions, coliques fréquentes, avec localisation douloureuse à droite, alternatives de diarrhée et de constipation, selles muco-membraneuses.

En même temps, règles plus abondantes.

7 mars 1919. — Examen. Abdomen sensible à la palpation, surtout dans la fosse iliaque droite et dans le petit bassin. Colon contracté. Douleur très nette au point de Mac-Burney. A ce niveau, on sent une tuméfaction très manifeste, roulant sous le doigt et plaquée contre la fosse iliaque. Les deux régions ovariennes droite et gauche sont douloureuses ; par le toucher rectal, on sent l'utérus de volume normal en position régulière ; mais les deux ovaires sont augmentés de volume et douloureux.

Opération le 7 avril 1919. Clinique Sainte-Marthe. Incision de Pfannenstiel. On trouve un appendice induré à parois très épaisses, coudé en son milieu par une bride, et dans le méso-appendice plusieurs gros ganglions. Ablation de l'appendice, avec enfouissement au fil de lin. Les deux ovaires présentent de nombreux petits kystes et sont augmentés de volume, surtout le gauche. *On constate sur les trompes de nombreuses granulations bacillaires.* Résection partielle des deux ovaires et suture par un surjet de catgut. Paroi : catgut sur le péritoine, plan musculo-aponévrotique aux crins de Florence ; peau : crins et agrafes.

Suites opératoires très simples. Ablation des fils et des agrafes le 15 avril. Cicatrisation par première intention. Lever le 19. Règles le 17 sans douleurs, mais un peu plus

abondantes que d'habitude. Au mois de mai, a eu à nouveau ses règles le 15, légèrement douloureuses, mais moins abondantes. Etat général excellent.

OBSERVATION N° 3

2550. — M^{lle} W., 21 ans, L'Abergement

Réglée à 15 ans. Règles peu abondantes, mais douloureuses. *A eu une pleurésie gauche à l'âge de 18 ans.*

Vient consulter en décembre 1917 pour douleurs dans le petit bassin et la fosse iliaque droite. A l'examen, on trouve des traces d'appendicite chronique et de salpyngite gauche volumineuse avec gros utérus. L'examen est d'ailleurs difficile, le toucher vaginal étant impossible. En raison des antécédents personnels et l'absence d'infection, on porte le diagnostic de salpyngite bacillaire.

28 décembre. — Opération : Clinique Gagnereaux. Laparotomie médiane. On trouve un utérus gros, la trompe gauche est volumineuse à son extrémité, au niveau du pavillon, dure comme un canal déférent dans sa portion interne. De plus, elle est *recouverte d'un semis de granulations tuberculeuses. L'ovaire gauche est d'aspect normal. La trompe droite présente seulement quelques granulations tuberculeuses.* Mais l'ovaire droit est gros et scléro-kystique. L'appendice est long et adhérent au cœcum. Hystérectomie subtotale avec ablation complète des annexes droites, et conservation de l'ovaire gauche. Ablation de l'appendice, avec enfouissement du fil de lin. Paroi : catgut sur le péritoine, fils de bronze sur les muscles et la peau.

Suites opératoires normales. Lever le 10 janvier.

Revue en juin 1918. Etat général parfait. A engraisé de plusieurs kilos. Ne se plaint d'aucun trouble d'insuffisance ovarienne.

OBSERVATION N° 4

2571. — M^{me} G., 30 ans, Dijon

Nous est adressée pour appendicite chronique avec

salpyngite droite en janvier 1918. Réglée à 14 ans. Règles abondantes et très douloureuses, mais régulières. A toujours eu une santé très délicate, *bronchites fréquentes*. Aurait eu à l'âge de 18 ans une *anémie prolongée*. Mariée à 21 ans, trois enfants.

A l'examen, on trouve la région appendiculaire douloureuse, avec présence dans la fosse iliaque d'une masse roulant sous le doigt. L'utérus est gros, en rétroflexion. Les ovaires des deux côtés sont gros et douloureux.

22 janvier 1918. — Laparotomie médiane. On trouve un appendice long, rétrocœcal, adhérent au cœcum et présentant dans son méso de gros ganglions. L'ovaire gauche est scléro-kystique et présente des *tubercules caséifiés*. *Sur la trompe gauche on aperçoit des granulations tuberculeuses crétifiées*. L'ovaire droit est scléro-kystique, l'utérus est rétrofléchi.

Ablation de l'appendice, avec enfouissement au fil de lin. Ablation des annexes gauches. Ignipuncture de l'ovaire droit et redressement de l'utérus par des plicatures des ligaments ronds au fil de lin.

Paroi : catgut sur le péritoine, fils de bronze sur les muscles et la peau.

Suites opératoires normales. Lever le 3 février.

OBSERVATION N° 5

1880. — M^{lle} N., 22 ans, à Laroche

Nous est adressée à la Clinique Gagnereaux par M. le docteur Siredey, de Paris, pour appendicite chronique et douleurs pelviennes.

A. H. — Mère morte de *bacillose pulmonaire*, une sœur bien portante.

A. P. — A toujours eu une santé très délicate ; depuis de nombreuses années est soignée pour entéro-colite. A des bronchites presque tous les hivers, et a eu une *pleurésie* à l'âge de 18 ans. Réglée à 15 ans, a des règles irrégulières, peu douloureuses en général, mais très abondantes.

A l'examen, on trouve la région appendiculaire très douloureuse au palper, le gros intestin sensible sur toute sa longueur. Le toucher vaginal est impossible, mais par le rectum, on sent les annexes des deux côtés augmentées de volume et douloureuses.

15 février 1916. — Opération, laparotomie médiane. L'appendice est long, coudé en son milieu et adhérent à la fosse iliaque. L'ovaire gauche est très gros et présente de nombreux kystes, dont un gros comme une petite noix. L'ovaire droit est scléro-kystique. On constate sur la trompe gauche des *granulations tuberculeuses* discrètes.

Ablation de l'appendice avec enfouissement au fil de lin. Ablation des annexes gauches. Résection partielle de l'ovaire droit, avec surjet au catgut n° 0. Paroi en trois plans, catgut sur le péritoine et les muscles, crins et agrafes sur la peau.

Suites normales. Lever le 27 février et départ de la clinique le 5 mars.

OBSERVATION N° 6

2530. — M^{lle} T., 18 ans, Belfort

Père mort de bacillose. A toujours eu une santé très délicate : s'enrhumait tous les hivers, réglée à 14 ans, règles peu abondantes, mais douloureuses. *Etat anémique très marqué* vers l'âge de 16 ans. Depuis, entéro-colite chronique, avec appendicite chronique et plusieurs crises de coliques appendiculaires.

14 décembre 1917, à l'examen, on constate de l'appendicite chronique et un ovaire droit augmenté de volume et douloureux.

15 décembre : opération à Ste-Marthe ; laparotomie latérale droite, on trouve un appendice long (12 c.m.), coudé par une bride, tuméfié à son extrémité et présentant à l'ouverture de larges plaques de folliculite hémorragique. L'ovaire droit est volumineux et présente une série de petits kystes. On constate d'autre part *quelques granulations tuberculeuses sur la trompe droite*. L'ovaire gauche est d'aspect normal, ignipuncture de l'ovaire droit.

Paroi : catgut sur le péritoine, bronzes sur les muscles et la peau.

Suites opératoires normales. Cependant, dans les deux jours qui suivent l'opération, la malade a de violentes douleurs pelviennes, surtout à droite. A ses règles le 21, sans douleurs, mais assez abondantes. Lever le 27.

OBSERVATION N° 7

1924. — M^{lle} N., 24 ans, employée de commerce, Dijon

A. H. — Père mort de *phtisie galopante*, mère bien portante, sœur idem.

A. P. — Réglée à 15 ans. Règles assez régulières, mais douloureuses, longues (8 jours), abondantes, surtout les deux premiers jours.

Mauvaise santé générale. A eu une *bronchite suspecte* à 18 ans. Depuis plusieurs années souffre du ventre, avec localisation dans la région cœcale et le pelvis.

Examen en février 1916 avec le D^r Perrin. Abdomen sensible au toucher, colon épaissi, douleur au point de Mac-Burney, avec cœcum épaissi. Au toucher rectal, les deux ovaires sont gros et douloureux. Diagnostic : appendicite chronique et ovarite scléro-kystique.

21 mai 1916, opération à la clinique Ste-Marthe : Laparotomie médiane, appendice long sclérosé à son extrémité, avec rétraction du meso par une cicatrice blanchâtre étoilée. Nombreux ganglions le long du gros-intestin. Les deux ovaires présentent de nombreux petits kystes et sont durs au toucher. *Sur les trompes, on aperçoit des granulations tuberculeuses typiques.* Ablation de l'appendice, résection partielle des deux ovaires.

Paroi en trois plans : catgut, crins et agrafes. Suites simples. Lever le 2 avril.

Depuis, les règles sont devenues moins douloureuses, moins abondantes et ne durent que cinq jours. Mais la santé générale reste mauvaise, et en avril 1919 on constate de la péritonite bacillaire avec ascite.

OBSERVATION N° 8

917. — M^{me} M., 30 ans, Dijon

A toujours eu une santé très délicate. Soignée depuis deux ans pour *sommet droit douteux*. Mariée sans enfants. A toujours eu des règles abondantes et douloureuses. Aucun symptôme de métrite. Entéro-colite et appendicite chroniques.

6 juillet 1912, laparotomie médiane à Ste-Marthe. Utérus normal; ovaire gauche scléro-kystique très volumineux, avec *granulations tuberculeuses* sur la trompe. Ablation des annexes gauches. Ovaire droit scléro-kystique, mais moins volumineux que le gauche. Résection partielle. Ablation de l'appendice, qui est coudé et tuméfié à son extrémité.

Suites opératoires simples.

Considérablement améliorée depuis, comme état général. A engraisé notablement. En février 1915, crise de cholécystite calculieuse.

OBSERVATION N° 9

2905. — M^{lle} D., Ste-Marie, 40 ans, religieuse

N'a jamais été malade, mais a toujours eu une santé assez délicate. Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Règles toujours abondantes et généralement peu douloureuses. Depuis quelques années, ses règles étaient devenues beaucoup plus abondantes, et dans le courant de 1918 elle a vu son ventre augmenter de volume.

Le 25 janvier 1919, examen. Elle présente un fibrome gros comme une tête d'enfant. D'autre part, elle présente une mammite chronique gauche.

Le 10 février, opération. Laparotomie médiane, hystérectomie subtotal. On trouve un ovaire gauche scléro-kystique présentant un kyste du volume d'une reine-claude. *Sur les deux trompes on constate des granulations tuberculeuses* La paroi : catgut sur le péritoine, fils de bronze agrafes sur la peau.

Ablation du sein gauche, dans lequel on constate une *mammite chronique, avec de petites collections séropurulentes ayant l'aspect d'abcès froids.*

Suites opération normales. Ablation des agrafes le 17, des fils le 21. Lever le 22.

OBSERVATION N° 10

2925. — M^{me} H., 37 ans, Morey

Réglée à 15 ans. A toujours eu des règles régulières, mais très douloureuses et d'abondance moyenne. Mariée depuis dix ans, a eu, il y a huit ans, une fausse couche de trois mois. Depuis quatre ans a eu plusieurs crises d'appendicite, la dernière datant de novembre 1918. Cette crise a été très grave, s'est accompagnée d'une grosse masse dans la fosse iliaque droite avec menace d'abcès, et n'a cédé qu'à une application de glace prolongée pendant un mois. Cette malade présente, en outre, de l'atrésie du col utérin et de l'annexite chronique datant de plusieurs années et dont elle souffrait déjà étant jeune fille.

Le 3 mars 1919, opération clinique Ste-Marthe. Chloroforme (D^r Bernard), laparotomie médiane. On trouve un appendice rétro-cœcal extrêmement adhérent, le péritoine de la fosse iliaque et du petit bassin est rouge et tuméfié. Décortication difficile. Résection avec enfouissement au fil de lin. Les deux ovaires sont scléro-kystiques, surtout le droit, qui est très volumineux, présente un kyste du volume d'une cerise et de nombreux petits kystes. *Sur la trompe gauche on trouve de nombreuses granulations tuberculeuses et quelques-unes seulement sur la trompe droite.* Résection partielle des deux côtés, avec sutures au catgut fin. Drain de sécurité. Paroi : catgut sur le péritoine muscles et peau ; bronzes en un seul plan. L'opération est complétée par une dilatation du col.

Suites opératoires : ablation du drain le 5 mars, des agrafes le 10, des bronzes le 14. Lever le 15. Cicatrisation par première intention.

A eu ses règles le 12, plus abondantes que d'habitude, mais sans douleurs.

OBSERVATION N° 11

664. — M^{lle} E., 39 ans, Dijon

Fibrome de l'utérus déterminant depuis plusieurs années des métrorragies considérables, état général très mauvais.

15 juin 1911, laparotomie à Ste-Marthe avec un gros fibrome, on trouve les ovaires scléro-kystiques volumineux et adhérents, et sur les deux trompes des *granulations tuberculeuses disséminées*.

Hystérectomie subtotale.

En interrogeant la malade, on apprend qu'à l'époque de sa puberté elle a présenté des troubles généraux et des douleurs pelviennes qui ont persisté pendant de nombreuses années.

OBSERVATION N° 12

1771. — M^{lle} G., 22 ans, couturière, Salives

Vient consulter en septembre 1915 pour de l'appendicite, elle a eu une crise aiguë en juin.

A l'examen, on trouve que la région appendiculaire reste douloureuse et on sent un empatement persistant. Mais en même temps la malade se plaint de douleurs pelviennes droites. Le toucher rectal (à défaut du toucher vaginal impossible) fait sentir un ovaire droit douloureux et volumineux.

Réglée à 14 ans : règles abondantes et douloureuses pendant toute leur durée (pesanteur pelvienne).

30 septembre 1915. Opération à Ste-Marthe. Laparotomie latérale. Appendice coudé par une adhérence pelvienne et distendu à son extrémité. Ablation.

L'ovaire droit présente de nombreux petits kystes et on constate des *granulations tuberculeuses sur la trompe droite*. Résection partielle de l'ovaire. L'ovaire gauche est normal.

OBSERVATION N° 13

2721. — M^{lle} U., 30 ans, religieuse

Appendicite chronique datant de 2 ans environ et s'accompagnant de douleurs dans le petit bassin, surtout à droite. Règles douloureuses et abondantes.

14 juin 1918. Opération. Laparotomie médiane. Ablation de l'appendice qui présente une adhérence à la fosse iliaque et de nombreuses folliculites. L'ovaire droit volumineux est scléro-kystique et on constate *sur la trompe droite des granulations tuberculeuses discrètes*. Ablation des annexes droites. Suites opératoires normales. Lever le 26 juillet.

Revue le 10 octobre 1918. Etat général excellent, a notablement engraisé. Les règles sont revenues régulièrement depuis l'opération, mais avec une avance de quatre jours chaque fois. Elles n'ont plus été douloureuses.

OBSERVATION N° 14

530. — M^{me} U., 40 ans, Cestres (Côte-d'Or)

Mariée sans enfant.

Le 29 septembre 1910 : Opération à Ste-Marthe pour kyste de l'ovaire gauche. On trouve un kyste multiloculaire adhérent au colon iliaque. L'ovaire droit présente de nombreux petits kystes et est dur. L'utérus est petit (utérus infantile). On aperçoit *quelques granulations tuberculeuses* sur l'utérus et sur la trompe droite.

Hystérectomie subtotale.

OBSERVATION N° 15

2.837. — M^{me} C., 38 ans

N'a pas eu d'enfant quoique mariée depuis plusieurs années. A eu *une pleurésie* à l'âge de 20 ans. Crise d'appendicite en octobre 1918. A toujours eu des règles dou-

loureuses et abondantes. Présente à l'examen des symptômes d'ovarite.

Opération le 9 décembre 1918. Laparotomie médiane. Ablation d'un appendice coudé par une bride et très adhérent. Les deux ovaires sont scléro-kystiques. Résection partielle avec sutures au catgut fin.

OBSERVATION N° 16

2717. — M^{me} D., 31 ans, P. T. T., Dijon

A toujours eu une santé délicate. A eu des *bronchites fréquentes*. A l'âge de 20 ans, une *pleurésie droite*. Mariée sans enfant.

Vient consulter en mai 1918 pour des troubles digestifs et de la douleur dans la fosse iliaque droite, présente des signes manifestes d'appendicite chronique, mais en même temps on lui trouve de la rétroversion utérine et des ovaires gros et douloureux des deux côtés. N'a jamais présenté aucun signe d'infection utérine.

10 juin, opération à Ste-Marthe : Laparotomie médiane. Ablation de l'appendice qui est maintenu coudé en son milieu par une bride péritonéale qui le relie au cœcum. Nombreux ganglions dans le méso ; à l'ouverture de l'appendice on constate de nombreuses folliculites hémorragiques.

Résection partielle des deux ovaires, qui sont gros et présentent de petits kystes nombreux. Redressement de l'utérus et fixation par des plicatures des ligaments ronds au fil de lin. Paroi : péritoine au catgut, fils de bronze sur la peau et les muscles et agrafes.

Suites opératoires normales. Lever le 22 juin. Sort de la clinique le 24.

OBSERVATION N° 17

2535. — M^{me} M., 24 ans, Valence

Vient consulter en novembre 1917 pour des douleurs appendiculaires. A eu en novembre 1916 une crise d'appendicite qui a duré quinze jours. A toujours eu des règles

difficiles, douloureuses, quoique peu abondantes. *Anémie* à l'âge de 17 ans ; a eu une *pleurésie* à 18 ans. Mariée à 22 ans, un enfant. N'a jamais présenté aucun symptôme de métrite.

A l'examen on trouve une douleur persistante au point de Mac-Burney, avec de l'empâtement au niveau du cœcum ; un utérus en antéflexion, avec un ovaire droit, gros et douloureux.

17 décembre 1917, opération à Ste-Marthe. Laparotomie médiane. Appendice long (14 cm.) et rétrocœcal et adhérent sur toute sa longueur. Le cœcum est distendu et très mobile. Extirpation de l'appendice, avec enfouissement au fil de lin. L'ovaire droit est très augmenté de volume et bourré de kystes de la taille de grains de plomb n° 2. Ignipuncture au thermo. Paroi : catgut sur le péritoine et bronzes sur les muscles et la peau.

Les jours suivants, la malade souffre violemment du bas-ventre ; néanmoins, suites normales. Lever le 29 décembre.

OBSERVATION N° 18

2290. — M^{lle} H., 26 ans, religieuse hospitalière

En septembre 1916 vient consulter pour des troubles dyspeptiques très marqués. Elle présente des signes d'entéro-colite, alternative de diarrhée et de constipation, selles muco-membraneuses. Mais on constate en même temps une localisation douloureuse très précise au point de Mac-Burney, au niveau duquel on sent une sorte d'empâtement profond. D'autre part, la malade se plaint de douleurs très fréquentes dans le petit bassin, avec irradiations dans la région lombaire et assez souvent dans les cuisses, le long des nerfs sciatiques. Les règles ont toujours été irrégulières comme date et comme abondance, mais elles sont toujours très douloureuses, au point que la malade doit garder le lit pendant les premiers jours. Par le toucher rectal on sent l'utérus rétrofléchi et les deux ovaires gros et douloureux à la pression. La malade est très nerveuse, et jusqu'alors la plupart de ses troubles

digestifs ou génitaux ont été mis sur le compte de son nervosisme. Elle a toujours eu une santé assez délicate, s'enrhumant facilement. A traversé, à l'époque de sa puberté, une période particulièrement pénible, où elle a dû être soignée pour une *anémie profonde et une bronchite suspecte* dont elle ne conserve d'ailleurs aucune trace.

29 mars 1917 : laparotomie médiane. Ablation de l'appendice qui est adhérent sur toute sa longueur au cœcum, et présente de nombreux ganglions dans son méso. En raison de la situation sociale de la malade et de l'intensité des troubles ovariens dont elle se plaint, on fait une hystérectomie subtotale avec ablation des deux ovaires qui présentent de nombreux petits kystes.

Paroi : catgut sur le péritoine. Muscles et peau, bronzes et agrafes.

Suites opératoires normales. Ablation des agrafes le 5 avril, des fils le 9, lever le 10.

Revu la malade un an après. Etat général parfait : la malade a grossi, ne souffre plus de rien, et a pu, depuis son opération, faire sans arrêt son travail très pénible d'infirmière.

OBSERVATION N° 19

1447. — M^{lle} S..., 32 ans, Bourbonne-les-Bains

A toujours eu de l'entéro-colite. En 1913, crise aigue d'appendicite à Dijon. Depuis souffre en permanence, mais en même temps se plaint du bas-ventre, surtout à droite. A eu des règles douloureuses et peu abondantes.

Santé très délicate : *a eu une pleurésie* à l'âge de 26 ans.

On décide d'enlever l'appendice, mais en raison des symptômes pelviens, on fait (à Sainte-Marthe) une laparotomie médiane le 29 juin 1914. L'appendice est très adhérent et présente le reliquat caséux d'un abcès ancien. L'ovaire droit est scléro-kystique, volumineux et adhérent. Ablation des annexes droites, paroi en 3 plans.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 20

1328. — M^{me} D..., 34 ans, Dijon

Santé très délicate. Mariée depuis 8 ans, sans enfant. A toujours souffert du bas-ventre. Réglée depuis l'âge de 14 ans : régulièrement, mais avec douleurs très violentes. Règles abondantes. Entéro-colite chronique, *bronchite et laryngite fréquentes*, a eu de *l'otite chronique, gauche*.

A l'examen, on trouve un utérus petit, antéfléchi, avec métrite très légère, et un petit fibrome du volume d'une noix, que, grâce à la maigreur de la malade on peut sentir sur la face antérieure de l'utérus. Les deux ovaires sont gros et douloureux. L'appendice est très nettement douloureux.

26 février 1913. Opération à Sainte-Marthe. Laparotomie médiane. Les deux ovaires sont scléro-kystiques et présentent plusieurs petits kystes à parois très épaisses. Hystérectomie subtotale.

L'appendice est sclérosé sur un centimètre à son extrémité. Ablation avec enfouissement au catgut, paroi en trois plans.

Suites normales, lever le 11 mars.

Depuis n'a plus souffert du ventre, a été considérablement améliorée au point de vue entérite, mais sa santé générale n'est pas meilleure : elle a en 1915, de *la pleurésie sèche à droite* avec début de *bacillose au sommet droit*.

OBSERVATION N° 21

1326. — M^{lle} N., 20 ans, Dijon

En décembre 1914. — Appendicite aiguë grave. A été soignée depuis un an pour début de *bacillose du sommet droit*.

Se plaint également de douleurs pelviennes. Règles douloureuses, longues.

23 février 1914. — Opération à Sainte-Marthe. Incision de Pfannenstiël.

Ablation d'un appendice adhérent et complètement sclérosé. Ovaires scléro-kystiques. Ignipunctures au thermo des deux ovaires.

OBSERVATION N° 22

3h1. — M^{lle} C., 21 ans, institutrice, Joinville (Hte-Marne)

A eu deux crises aiguës d'appendicite, mais en même temps se plaint de douleurs pelviennes et de règles prolongées et irrégulières.

A 18 ans, *pleurésie sèche à gauche et bronchite (?) du sommet gauche.*

15 septembre 1909. — Opération à Sainte-Marthe. Incision latérale (Jalaguier). Ablation de l'appendice qui a été complètement sectionné par les crises. L'ovaire droit attiré au dehors est scléro-kystique : ignipuncture au thermo.

Depuis a été très améliorée au point de vue pelvien, mais a dû être soignée à plusieurs reprises pour lésions de son sommet gauche.

OBSERVATION N° 23

2418. — M^{lle} R., 30 ans, religieuse

A toujours eu depuis sa puberté des règles douloureuses et abondantes. Dyspepsie et entéro-colite datant de plusieurs années. En juillet 1917, vient consulter, présente des signes manifestes d'appendicite chronique. L'utérus est en rétroversion. L'ovaire gauche est gros et douloureux. Etat général mauvais.

16 juillet : laparotomie médiane. On trouve un appendice adhérent et contourné en « vrille ». Extirpation avec enfouissement au fil de lin. L'ovaire gauche présente de nombreux petits kystes et un gros comme une cerise. L'utérus est gros et en rétroversion. L'ovaire droit est scléreux. Hystérectomie subtotale. Suites opératoires simples : lever le 28.

OBSERVATION N° 24

2114. — M^{me} N., 24 ans, institutrice, Dijon

Mariée depuis trois ans. A toujours eu une santé délicate. A été soignée à 20 ans pour une bronchite (?) du sommet gauche. A eu plusieurs coliques appendiculaires et souffre d'entéro-colite depuis plusieurs années. Réglée à 15 ans : règles irrégulières comme date et quantité, et précédées de pesanteurs très marquées pendant quatre ou cinq jours. N'a pas eu de grossesse.

Est envoyée par son médecin pour appendicite chronique, mais à l'examen on trouve, en dehors de signes certains d'appendicite, un ovaire droit gros, douloureux. L'utérus est en position normale et ne présente aucun signe de métrite.

17 octobre 1916. — Opération à la clinique Gagnereaux. Laparotomie latérale (incision de Roux). On trouve l'appendice adhérent au cœcum, coudé, sclérosé à son extrémité, avec nombreux ganglions dans la fosse iliaque droite. Ablation avec enfouissement au fil de lin.

En raison des symptômes ovariens, on explore les annexes droites. L'ovaire droit présente de nombreux petits kystes : résection partielle avec suture au catgut n° 0.

Paroi en trois plans : catgut sur le péritoine et les muscles, crins et agrafes sur la peau.

Suites normales. Lever le 29 octobre. Sortie le 31.

Le 20 juillet 1917, est opérée par nous pour un adénome du sein droit, qui est enlevé par une incision sous-mammaire.

Revue le 27 mai 1919. Règles plus régulières, mais moins abondantes et moins douloureuses. Mais état général très médiocre, amaigrissement. Depuis, s'enrhume facilement, et au moindre refroidissement a des laryngites avec aphonie.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme clinique d'ovarite microkystique ayant une histoire lui appartenant en propre : c'est l'ovarite scléro-kystique dite essentielle, primitive ou dystrophique, et qu'on pourrait appeler plus justement ovarite de la puberté.

II. — Chez les malades qui en sont atteintes on trouve presque toujours des manifestations tuberculeuses anciennes ou actuelles dont certaines peuvent souvent être contrôlées par laparotomie. Pour cette raison, et par rapprochement de faits cliniques, on peut conclure à l'origine tuberculeuse de cette forme, en apparence primitive, de l'ovarite scléro-kystique.

III. — Cette notion étiologique est capitale au point de vue du pronostic et du traitement. Toute malade atteinte d'ovarite scléro-kystique primitive doit être considérée comme une tuberculeuse en puissance et traitée comme telle.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 Juin 1919.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. DEPÉRET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BOUILLY. — *L'ovarite scléro-kystique*. La gynécologie, juin 1900.

CONZETTE. — *L'ovaire à petits kystes*. Thèse de Paris 1890.

DALCHÉ. — *De l'ovarite*. Thèse de Paris 1886.

DOLÉRIS. — *Ovarite chronique. Influence de l'état constitutionnel*. La gynécologie, avril 1900.

DUPONT R. — *Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique*. Thèse de Paris 1909.

FAURE (et SIREDEY). — *Traité de gynécologie*, 1909.

FORGUE (et MASSABUAU). — *L'ovaire à petits kystes*. Revue de gynécologie, 1910,

FRAIKIN. — *L'ovarite scléro-kystique*. Thèse de Bordeaux 1900.

GHAZAROSSIAN. — *Pathologie de l'ovarite scléro-kystique*. Thèse Paris 1903.

JAYME POGGI DI FIGUEIREDO. — *La résection partielle des ovaires scléro-kystiques est-elle justifiée ?* Annales de gynécologie et d'obstétrique 1915.

LABADIE-LAGRAVE (et LEGUEU). — *Traité médico-chirurgical de gynécologie* 1901.

LAWSON-TAIT. — *British-Médical-Journal*, Mai 1879.

» » — *Maladies des ovaires*. 1891.

LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1901.

LERICHE (et PONCET). — *Du rôle de la tuberculose dans la production des néo-formations kystiques*. Lyon chirurg. 1914.

MONPROFIT. — *Salpyngites et ovarites*. Thèse Paris 1883.

MASSABUAU (et FORGUE). — *L'ovaire à petits kystes*. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1910.

PETIT P. — *Lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien*. Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1891.
— *De l'ovarite*, idem, 1892. — *Ovarites et kystes de l'ovaire*, idem, 1888.

PEWSNER C. — *Productions hystiques de l'ovaire liées à la tuberculose*. Thèse de Lyon, 1913.

PILLET. — *Etude anatomo-pathologique de l'ovarite scléro-kystique*. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, novembre 1890.

POLLOSSON (et VIOLET). — *Les productions hystiques de l'ovaire liées à la tuberculose*. Lyon chirurgical, 1913.

PONCET (et LERICHE). — *Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques*. Lyon chirurgical, 1914.

POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1906.

RICHELOT. — *Sclérose de l'utérus*. La Gynécologie, 1901.

ROULLAND. — *Les Annexites non infectieuses*. Thèse Paris, 1907.

ROUX DE BRIGNOLES. — *Sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause*. La Gynécologie, 1909.

SIREDEY (FAURE et). — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, 1911.

SYNÉTY (de). — *Des kystes de l'ovaire*. Archives de physiologie. 1878.

VIOLET (et POLLOSSON). — *Les productions hystiques de l'ovaire liées à la tuberculose*. Lyon chirurgical, 1913.

